

CONTRATANTE (Llenar solo si se trata de persona distinta al solicitante)								
Nombre:	Cédula:	Fecha de nacimiento:						
Nacionalidad:	Correo electrónico:	Ocupación actual:						
Dirección:		Teléfono:						
Relación con el solicitante:								
DATOS DEL SOLICITANTE								
Nombre completo:			N° de Identificación:					
No. de S.S.:	Estado Civil:	Sexo: F_____ M_____						
Fecha de nacimiento (dd)____/(mm)____/(aaaa)_____	Lugar de nacimiento:	Edad:	Peso:	Estatura:				
Dirección residencial: (Corregimiento, Distrito, Barriada o Calle, No. Casa o Apto)								
Nacionalidad:	País tributario:	Lugar de trabajo:						
No. de teléfono	No. de celular:	Ocupación actual:						
Profesión:	Email:							
DATOS DEL PLAN								
Plan Familiar <input type="checkbox"/>	Plan tercera edad <input type="checkbox"/>	Plan Santa Fe Plus <input type="checkbox"/>	Prima mensual: Forma de pago:	Fecha del inicio de la vigencia:				
DEPENDIENTES								
Nombre	No. de cédula	Parentesco	Fecha de nacimiento			Edad	Estatura	Peso
			Día	Mes	Año			

¿Es o ha sido una (1) Persona Políticamente Expuesta?, (2) ¿ha tenido algún familiar cercano? (3) ¿o estrecho colaborador de esta? Sí____ No____

Cargo actual o anterior: _____ Período: _____

Caso 2 y 3, nombre: _____ Relación: _____

PERFIL FINANCIERO			
Menos de 10 mil <input type="checkbox"/>	10 mil a 30 mil <input type="checkbox"/>	30 mil a 50 mil <input type="checkbox"/>	Más de 50 mil <input type="checkbox"/>

El firmante del presente documento reconoce que Acerta Compañía de Seguros, S.A., filiales, reaseguradoras, socios estratégicos o de negocio y Grupo Económico, cuando sea necesario y requerido, podrán acceder, usar, compartir, manejar, tratar y/o custodiar los datos personales para las finalidades y alcances específicos relacionados con la gestión de sus productos, negociación, servicios y/o contratación de las Pólizas de Seguros o Fianzas, para el uso en el desarrollo de su actividad comercial y servicios financieros, así como se compromete, a mantener la confidencialidad de la información, en concordancia con la Ley No. 12 del 3 de abril de 2012 y la Ley de Protección de Datos Personales No. 81 del 26 de marzo de 2019. Para ampliar información sobre nuestra política de protección de datos podrá referirse a nuestra página web www.acertaseguros.com.

Firma y cédula del propuesto asegurado

Firma y cédula del contratante

CUESTIONARIO DE SALUD						
Todas las preguntas deberán ser contestadas por cada persona a ser cubierta	Solicitante		Cónyugue		Hijos	
	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
1. ¿Esta usted actualmente en buena salud y libre de todo síntoma de enfermedad alguna?						
2. ¿Ha recibido tratamiento en alguna organización para alcoholismo o adicción a drogas?						
3. ¿Ha fumado en los últimos 12 meses? (Indique el consumo diario).						
4. ¿Participa en algún deporte peligroso?						
5. ¿Tiene algún impedimento físico? Visión, audición, deformidad, etc...						
Alguna vez ha(n) sido diagnosticado(s) o tratado(s) por:						
6. ¿Ha tomado alguna medicina o droga durante los último años?						
7. ¿Epilepsia, crisis nerviosa o cualquier desorden del cerebro o sistema nervioso?						
8. ¿Alta presión, mareos, fatiga, dolor o presión en el pecho o cualquier desorden cardiovascular?						
9. ¿Alergias o asma?						
10. ¿Úlceras, colitis, o algún desorden estomacal, intestinos, recto, vesícula, hígado?						
11. ¿Hemorroides o pólipos en el recto o cualquier padecimiento de la próstata?						
12. ¿Padecimiento renal, en el sistema urinario u órganos reproductivos?						
13. ¿Diabetes, gota o cualquier padecimiento de la tiroides o alguna otra glándula?						
14. ¿Cualquier desorden de los ojos, piel, músculos, huesos o coyunturas?						
15. ¿Cáncer, tumor, quiste o alguna de las siguientes enfermedades catastróficas: Distrofia muscular, poliometitis, esclerosis múltiple?						
16. ¿Se ha efectuado alguna prueba por enfermedad infecciosa o transmisión sexual?						
17. ¿Tratamiento de infertilidad?						
18. ¿Cualquier desorden o lesión en la espina dorsal?						
19. ¿Artritis, reumatismo o hernia?						
20. ¿Ha sido operado o le han sugerido operación quirúrgica?						
21. ¿Padece usted de anemia, anemia falciforme, hemofilia, trombosis venosa o algún trastorno hematológico?						
22. ¿Padece usted de Depresión, ansiedad o cualquier trastorno mental o psiquiátrico?						
Para mujeres solamente:						
23. ¿Está embarazada? (Indique el número de semanas _____)						
24. ¿Ha tenido algún embarazo anormal o parto prematuro?						
25. ¿Se le ha recomendado o esta actualmente bajo tratamiento por problemas ginecológicos?						
En el espacio que sigue favor incluir detalles de las respuestas afirmativas						
No. pregunta	Nombre de la persona	Enfermedad o accidente	Fecha de inicio de tratamiento	Nombre del médico y/o hospital		

Yo, el abajo firmante declaro que los datos aquí consignados son verdaderos y exactos y que no he omitido, ni ocultados antecedentes médicos y convengo en que las respuestas anteriores forman parte de la solicitud de seguro, y que, si en base a las mismas se emitiere cobertura, esta será nula y quedará sin efecto si hay omisión, inexactitud, falsedad en las declaraciones anteriores dadas. También acepto que en caso de que hiciera respuestas afirmativas, la Compañía se reserve el derecho a solicitar pruebas adicionales de asegurabilidad de acuerdo con sus normas de selección, así como de emitir o no, la cobertura correspondiente que estará sujeto a aceptación expresa de la compañía. Bajo la gravedad del juramento, yo el abajo firmante, autorizo por este medio, aún en caso de mi muerte, a la Caja de Seguro Social o cualquier clínica, hospital, médico, paramédico, laboratorio o cualesquiera otras personas para que proporcionen a Hospital Santa Fe y Acerta Compañía de Seguros S.A, información sobre mi salud, antecedentes, incluyendo copia de las historias clínicas sobre mi salud. Esta autorización está de acuerdo con la ley No.68 del 20 de noviembre de 2003, promulgada en gaceta oficial No. 24.935.

El firmante del presente documento reconoce que Acerta Compañía de Seguros, S.A., filiales, reaseguradoras, socios estratégicos o de negocio y Grupo Económico, cuando sea necesario y requerido, podrán acceder, usar, compartir, manejar, tratar y/o custodiar los datos personales para las finalidades y alcances específicos relacionados con la gestión de sus productos, negociación, servicios y/o contratación de las Pólizas de Seguros o Fianzas, para el uso en el desarrollo de su actividad comercial y servicios financieros, así como se compromete, a mantener la confidencialidad de la información, en concordancia con la Ley No. 12 del 3 de abril de 2012 y la Ley de Protección de Datos Personales No. 81 del 26 de marzo de 2019. Para ampliar información sobre nuestra política de protección de datos podrá referirse a nuestra página web www.acertaseguros.com.

Firma y cédula del propuesto asegurado
Fecha:

Firma y cédula del contratante
Fecha:

AUTORIZACIÓN PARA DÉBITOS DE TARJETAS DE CRÉDITO

Yo, _____ con cédula de identidad personal número _____
por este medio autorizo a ACERTA SEGUROS S.A. para que cargue a mi tarjeta de crédito: VISA MASTERCARD
AMEX con el número: _____ - _____ - _____ del
banco: _____ con fecha de expiración ____/____ la suma de B/. _____
(_____ con _____/100) de forma:

Mensual Bimensual Trimestral Cuatrimestral Semestral Anual Cargo único

Para el pago de primas de la póliza		
Número de la póliza	Monto mensual	Fecha de pago
		5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/>
		5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/>
		5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/>
		5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/>
		5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/>

Esta autorización sólo quedará sin efecto mediante notificación escrita que, en este sentido yo les haga. En consideración de este servicio convengo, además que en caso que los cargos a mi tarjeta no fuesen efectuados, ya sea intencional o inadvertidamente, el banco no tendrá responsabilidad alguna, aunque dicha omisión ocasione la pérdida del seguro. El cargo periódico a la tarjeta estará sujeto a cambios, dependiendo de las variaciones que ocurran en el monto de las primas, quedando expresamente convenido que será suficiente que la Compañía comunique al Banco por escrito el nuevo valor de la prima que debe cargarse a mi cuenta. La vigencia de esta autorización continuará al renovarse la tarjeta de crédito o que el Banco me cambie los números de mi tarjeta de crédito, por lo que adicionalmente me comprometo a notificar a ACERTA SEGUROS S.A. la nueva fecha de expiración de mi tarjeta cada vez que sea renovada o sean cambiados los números a disposición del Banco Emisor.

Nombre del dueño de la tarjeta

Firma

Fecha

PARA EL CORREDOR DE SEGUROS	
¿Conoce Ud. bien al solicitante?	¿Desde hace cuánto tiempo conoce al solicitante?
¿Tiene usted conocimiento de algún detalle que podría afectar el riesgo, el cual no ha sido mencionado en esta solicitud?	
Por este medio certifico que todas las preguntas han sido contestadas completamente, según mi leal saber y entender, e incondicionalmente recomiendo al solicitante para que se le emita el seguro.	

Nombre del Corredor

No. de Licencia

Firma del Corredor (legible)

Persona que completa el formulario:
 Contratante Asegurado Corredor de Seguros Pagador Beneficiario

DATOS GENERALES DE LA SOCIEDAD

Razón Social: _____ Razón Comercial: _____

Registro Único de Contribuyente (RUC): _____

 Dirección física: _____
 (País, Provincia, Distrito, Corregimiento, Urbanización, Calle, Nombre de Edificio, # de apartamento o casa)

País de constitución: _____ Fecha de constitución: _____

País donde opera: _____

Actividad a la que se dedica: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Sitio Web: _____

Lugar o lugares (país) donde tributa por sus ingresos: _____

Número de Identificación Tributario (NIT): _____

DATOS DE LOS DIRECTORES Y DIGNATARIOS DE LA JUNTA DIRECTIVA

Nombre completo	No. Identificación	F. de Nacimiento	Dirección	Cargo	Nacionalidad

DATOS DE LOS ACCIONISTAS / BENEFICIARIOS FINALES

Indique los nombres de los principales socios de la empresa y su % de participación accionaria. Solamente aquellos que posean 10% o más de participación en el capital social de la empresa.

Nombre completo	No. Identificación	F. de Nacimiento	% Part.	Nacionalidad

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO LEGAL O ADMINISTRADOR

Nombre completo	No. Identificación	F. de Nacimiento	Dirección

DATOS DEL AGENTE RESIDENTE

Nombre completo	Dirección

PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP)

¿Alguno de los miembros de esta sociedad (directores, dignatarios, representante legal, apoderado, socios, accionistas o beneficiarios finales) se encuentra dentro de la siguiente clasificación?:

1. ¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente¹? Sí No . En caso afirmativo favor indicar:

Cargo actual o anterior: _____

2. ¿Es usted un Familiar PEP²? Sí No . En caso afirmativo favor indicar:

Nombre del PEP: _____ Cargo del PEP: _____

Relación con el PEP: _____

3. ¿Es usted un Estrecho Colaborador de un PEP³? Sí No . En caso afirmativo favor indicar:

Nombre del PEP: _____ Cargo del PEP: _____

Relación con el PEP: _____

PERFIL FINANCIERO

Favor indicar el rango en balboas al que corresponde su "ingreso" anual aproximado.

- Menos de 50 mil 50 mil a 250 mil 250 mil a 500 mil 500 mil a 3 mio
 3 mio a 5 mio 5 mio a 10 mio Más de 10 mio

Favor detallar si genera ingresos por otra actividad: _____ \$ _____.

"Yo, como firmante, otorgo mi consentimiento para que cuando sea necesario y requerido, las partes de la relación contractual, puedan acceder, usar, compartir, tratar y/o custodiar mis datos personales y sensibles, incluyendo imágenes de mis documentos de identidad personal, para los propósitos relacionados a temas de las actividades comerciales y servicios financieros, por lo cual, acepto y reconozco que todos mis datos personales están amparados por los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y/o Portabilidad) en cumplimiento con la Ley de Seguros vigente junto a la Ley de Protección de Datos Personales y con su Reglamento vigente en la República de Panamá."

"De llegar a encontrarse alguna condición que cambie el nivel de riesgo del cliente se solicitará información adicional para la correspondiente evaluación y aplicación de políticas".

"La persona que completa y/o quien firma / usuario del presente documento o aplicativo se hace responsable de la información suministrada".

Firma del Contratante, Asegurado, Corredor de Seguros, Pagador o Beneficiario que completa el formulario bajo su mejor entender.

Nombre	Firma	Fecha
--------	-------	-------

Favor adjuntar los siguientes documentos:

1. Copia de cédula o pasaporte del Representante Legal o Apoderado (legible y vigente).
2. Copia del Certificado del Registro Público
3. Aviso de Operación (si aplica)
4. Cualquier otro documento que la Compañía de Seguros solicite.

¹ Quien en los últimos dos años desempeñó o ha desempeñado funciones públicas destacadas a nivel nacional o en el extranjero (ej.: jefe de estado o gobierno, políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos.

² Únicamente el cónyuge, los padres, los hermanos y los hijos de una Persona Expuesta Políticamente.

³ Persona conocida por su íntima relación con respecto a la persona expuesta políticamente, esto incluye a quienes están en posición de realizar transacciones financieras, comerciales o de cualquier naturaleza, ya sean locales e internacionales, en nombre de la persona expuesta políticamente.